

シンポジウム 2

多様性を理解し、支える医療コミュニケーション

Diversity Sensitive Communication in Healthcare

石川ひろの¹⁾、武田裕子²⁾、大坂和可子³⁾、岡本左和子⁴⁾、藤崎和彦⁵⁾
 Hirono Ishikawa¹⁾, Yuko Takeda²⁾, Wakako Osaka³⁾, Sawako Okamoto⁴⁾, Kazuhiko Fujisaki⁵⁾

- 1) 帝京大学大学院公衆衛生学研究科
- 2) 順天堂大学大学院医学研究科医学教育学
- 3) 慶應義塾大学看護医療学部
- 4) 奈良県立医科大学公衆衛生学講座
- 5) 岐阜大学医学教育開発研究センター
- 1) Teikyo University Graduate School of Public Health
- 2) Juntendo University Graduate School of Medicine
- 3) Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University
- 4) Nara Medical University
- 5) Medical Education Development Center, Gifu University

Abstract

Over the past several decades, patient and public involvement and collaboration with healthcare providers have been increasingly emphasized in health care. Various studies have indicated that patients' active participation in their care and healthcare decision making could lead to improved health outcomes and quality of healthcare. However, barriers to active participation and the characteristics of those who are likely to suffer from these barriers have also been suggested. Healthcare providers and institutions are increasingly expected to become sensitive to the diversity of their patients in communicating with them. Such communication could facilitate patient activation and participation, and decrease social inequality in health by supporting those vulnerable populations. The current article reports the discussion in the symposium of diversity sensitive communication in healthcare, focusing on the current status and future agenda of collaboration between healthcare provider/professional and patient/public in Japan.

要旨

治療における患者の主体的な参加、意思決定の共有など、近年、保健医療のさまざまな場面で患者・市民の参加、医療者との協働が求められている。患者・市民が自分の健康を主体的に管理し、健康や医療に関するさまざまな意思決定に積極的に関わることが、健康アウトカムの向上、医療の質の向上につながることを示唆されてきた。一方、それを阻害する要因や、意思決定への参加、医療者との協働に困難を抱えがちな人々の属性も指摘されてきている。医療者、医療機関が、患者や市民の多様性を理解し、受け手に合わせたコミュニケーションを通じて、その主体化や参加を促していくことは、困難な立場にある患者・市民の支援、格差の解消につながる可能性がある。本稿では、このような医療者・医療機関側の取り組みや教育の例を取り上げた学術集会シンポジウムにおける報告と議論を共有するとともに、医療者・専門家と患者・市民との協働に向けたコミュニケーションについて、日本における取り組みの現状と今後の課題を議論する。

キーワード：やさしい日本語、Shared Decision Making、意思決定ガイド、コミュニケーション教育

Keywords: Easy Japanese, Shared Decision Making, Decision aids, Communication skills training

1. 序文

新型コロナウイルス感染予防対策に関連して、しばしば行動変容という言葉が聞かれるようになったが、医療者・専門家がコミュニケーションを通じて、患者や市民の態度や行動に働きかけ、望ましい健康行動をとるように促そうとする試みは、健康教育や患者教育において長く取り組まれてきたことでもある。とりわけ、慢性疾患の増加とともに、医療場面において、患者が自分の病気や健康について理解し、適切な行動をとっていくこと、医療者と協働して治療法を含めたさまざまな意思決定に積極的に関わることが求められてきた。患者・市民が自分の健康を主体的に管理し、健康や医療に関するさまざまな意思決定に積極的に関わることが、健康アウトカムの向上、医療の質の向上につながるとされている。

一方、それを阻害する要因や、意思決定への参加、医療者との協働に困難を抱えがちな人々の属性も指摘されてきている。年齢や社会経済的地位、ヘルスリテラシーなどさまざまである。保健医療専門職や保健医療機関が、患者や市民の多様性を理解し、受け手に合わせたコミュニケーションをとっていくことは、困難な立場にある患者・市民の支援、ひいては格差の解消につながる可能性がある。

本稿は、第12回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会におけるシンポジウム2「多様性を理解し、支える医療コミュニケーション」から、各シンポジストの報告と会場での議論をまとめたものである。シンポジウムでは、患者・市民との協働に向けた医療者・医療機関側の取り組みや教育の例を取り上げた。

第2節の「外国人診療に『やさしい日本語』：誰にとってもやさしい医療を」は、順天堂大学の武田裕子氏の報告によるものである。日本語が十分に通じない外国人の患者さんとのコミュニケーションに役立つ「やさしい日本語」の普及を目指した取り組みについて紹介する。

第3節は、慶應義塾大学の坂和可子氏による「Shared Decision Makingを促進する意思決定ガイドの活用」に関する報告に基づいている。日本でも近年少しずつ聞かれるようになったShared Decision-Makingの概念とその促進のためのディシジョンエイドの開発、日本における現状とその実用化に向けた取り組みについて述べる。

第4節は、奈良県立医科大学の岡本左和子氏による、「患者の視点とタイミングを大切に医療を伝える～『患者さんのために』は伝わらない～」と題した報告からである。協働を目指しながら、なぜ医療者と患者の思いはしばしばずれ違い、医療者の善意が必ずしも役に立たないことがあるのか、米国の大学病院で患者と医療者をつなぐPatient Advocateとして活動した経験も踏まえて、コミュニケーション学的な視点から分析されている。

本稿ではこれらの報告とシンポジウムにおける議論を共有するとともに、医療者・専門家と患者・市民との協働に向けたコミュニケーションについて、日本における取り組みの現状と今後の課題を議論する。

2. 外国人診療に「やさしい日本語」：誰にとってもやさしい医療を

1) なぜ英語ではなく「やさしい日本語」か？

日本に住む外国人は、今や300万人近い。外国人診療は英語と考える医療者は少なくないが、図1に示す通り、日本に住む在留外国人で英語圏の出身者の割合はわずかである。英語を話せるのは4割程度といわれている。一方、法務省の「2016年度外国人住民調査報告書」では、回答者の8割が日本語で日常生活に困らないと答えている(図2)。

そこで、相手に合わせて分かりやすく伝える「やさしい日本語」が、日本語を母語としない方々への支援に提案されている。「やさしい日本語」は、阪神淡路大震災をきっかけに注目され、東日本大震災でさらに広まった。行政の窓口や生活情報提供、訪日ツーリズムの場で効果を発揮している。しかし、医療者にはほとんど知られていない。

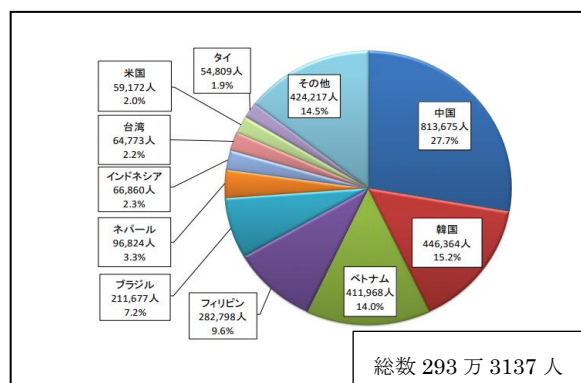
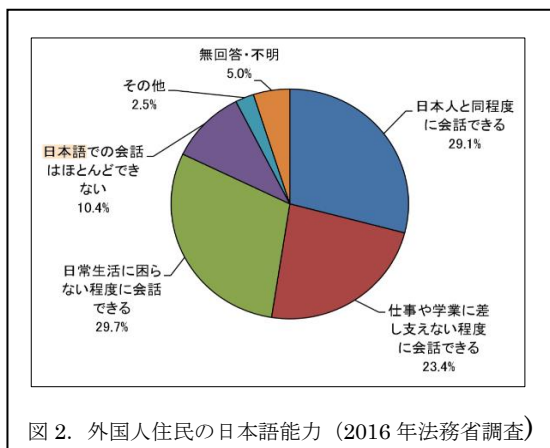


図1. 国籍地域別在留外国人(2019年)



2) 「やさしい日本語」はスキルというよりマインド

「やさしい日本語」を話すのに、新しい単語や文法を覚える必要はない。少しのコツや工夫で話すことができる(表1)。大事なのは、伝えたい、理解してもらいたいという思い(マインド)だと考える。それがあれば、言葉の引き出しを開けて忍耐深く相手に伝わる日本語を探ることができる。

表 1. 「やさしい日本語」のコツ

- ① 話し出す前に整理する
- ② 一文を短くし、語尾を明瞭にして文章を区切る(「です」・「ます」で終える)
- ③ 尊敬語・謙譲語は避けて、丁寧語を用いる
- ④ 単語の頭に「お」をつけない(可能な範囲で)
- ⑤ 漢語よりも和語を使う
- ⑥ 外来語を多用しない
- ⑦ 言葉を言い換えて選択肢を増やす
- ⑧ ジェスチャーや実物提示
- ⑨ オノマトペは使わない
- ⑩ 相手の日本語力が高い場合は「やさしい日本語」をやめる

思い切って「日本語はわかりますか?」と声をかけてみよう。相手の応答の仕方が、どの程度の日本語レベルかを推測するヒントになる。どの単語、言い回しなら伝わるかは、相手の表情を見ながら判断する。日本に長年住み、尊敬語も謙譲語も使いこなす方もいれば、「ことばの壁」に不安な気持ちで受診している方もいる。相手に分かりやすい日本語が「やさしい日本語」であるなら、どのような言葉が伝わりやすいか、相手の背景を

十分に考えると同時に、伝わりやすくするさまざまな工夫(表2)も「やさしい日本語」の構成要素と言える。

表 2. 在住外国人とのコミュニケーションの工夫

- ・「日本語はわかりますか?」という声かけから
- ・表情を見て相手の理解度をいつも確認する
- ・相手の言葉を繰り返して待つ
- ・どう理解したか話してもらう
- ・漢字文化圏の方には漢字で書く
- ・紙に書いて渡す
- ・説明の際には実物を見せたりネットの画像検索も活用
- ・多言語翻訳アプリを試してみる

3) 医療通訳者は不可欠な存在

外国人診療では医療通訳者の存在が欠かせない。「やさしい日本語」は、日本語を母語としない相手に分かりやすく、こちらの言いたいことを伝えるのにとっても役立つ。しかし、こちらがどんなにやさしく説明しても、相手が自分の話したいことをどれだけ表現できるかはその人の日本語能力によって変わる。正確な情報収集が必要な医療では、やはり医療通訳者の助けが不可欠である。また、深刻な病気の説明や、難しい選択を患者やその家族に求めるときなど、医療通訳者による正確な通訳が必要な場面は少なくない。

一方、「やさしい日本語」は一文を短くし結論を最初に述べるため、通訳しやすい。翻訳デバイスでも普通の日本語よりも「やさしい日本語」の方がより正確に伝えられるという特徴がある。医療機関では、「やさしい日本語」と医療通訳は車の両輪ともいえる。

4) 「やさしい日本語」は誰にとってもやさしい

研修会で「やさしい日本語」に触れた医師や看護師からは、「外国人だけでなく日常業務に必要」、「外国人に限らず、高齢者や障害者にも幅広く役立つ」と言うコメントが寄せられる。特に、手話通訳者の方から、「やさしい日本語」は通訳しやすく助かるという言葉をいただく。

あまり知られていないが、日本手話は、日本語に手話を付けた日本語手話と異なり日本語とは別の言語といってもよいほどの違いがある。外国語通訳者と同じで、手話通訳者は意味を考えなが

ら手話に置き換えていく作業をするため、要点を率直に伝える「やさしい日本語」はとても通訳しやすという。

「やさしい日本語」を初めて聞いたとしても、実はこれは特別なものではない。私たちは、同僚に話すときと上司に話すときでは言葉使いを変える。小児科の子どもや高齢患者さんと話すときにも自然に言葉を使い分けている。相手との社会的関係に応じて、意識してあるいは無意識に言葉を選択し調整しており、これを言語学では「言語調整行動」と言う。外国人に話すときも同様で、少しコツが必要だが、このコツを覚えていれば、だれでも「やさしい日本語」を使える。

5) 医療者への「やさしい日本語」の啓発・普及

● “医療×「やさしい日本語」研究会” HP

筆者らは、2019年1月に研究会を立ち上げ、研修会開催やHPを通しての教材の無料提供を実施している。



図 3.研究会 HP の QR コード

研究会メンバーは、共生社会コーディネーターの新居みどり氏 (NPO 法人国際活動市民中心)、日本語教育学の岩田一成教授 (聖心女子大学) と著者の石川ひろの、武田裕子の4名である。

2020・21年度はトヨタ財団特定課題 2019年度「外国人材の受け入れと日本社会」の助成金を得て、オンラインでの研修会を開催している。全国各地の医療機関で開催される「やさしい日本語」研修会を開催してほしいと願っており、研修教材はすべて研究会HPからダウンロードできる。開催に際して必要に応じてサポートも行う。

その他、2021年度は、日本プライマリ・ケア連合学会学術集会や日本医学教育学会大会などでも研修会を開催する。

● 東京都と大学との共同事業：動画教材作成

忙しい医療者にとって、講演会や研修会への参加はなかなか困難である。そこで、細切れの時間にも学修できる動画教材を東京都と大学 (順天堂大学・帝京大学・聖心女子大学) とで作成し、YouTubeにて配信している。動画は、順天堂医院の各部署の協力を得て、受付や外来、検査部や放射線部、薬剤部、病棟、会計など、様々な場面での医療者と外国人との会話を一般的な日本語と

「やさしい日本語」で行っている。研究会HPから一挙に閲覧できる。

● 医学部での「やさしい日本語」演習

国内医学部で初となる「やさしい日本語」の演習を外国人留学生の協力を得て行った。詳細は大学ホームページに掲載されている (<https://www.juntendo.ac.jp/core/education/yasashii-nihongo202011.html>)。

「やさしい日本語」教育は、医学部に限らず医療系学部で必修にする意義があると考えられる。さらに、多文化共生社会の推進に小・中学校で学ぶ機会があれば、医療者になったときにより円滑なコミュニケーションが可能となるのではないだろうか。

6) おわりに

著者の武田が「やさしい日本語」に出会ったのは、ゼミの一環として「外国につながるのある子どもたち」を支援している団体の活動に学生と参加した時である。「ことばの壁」が医療機関受診をひどく遅らせていることを学んだ。

コロナ禍のなか、日本語を母語としない方々は、ますます医療機関を受診しにくくなっている。「やさしい日本語」で「ことばの壁」と、さらにそれによって生じている「こころの壁」を低くしたい。

3. Shared Decision Making を促進する意思決定ガイドの活用

1) Shared Decision-Making (SDM) と意思決定ガイド

Shared Decision Making (SDM) は、患者と医療者の意思決定とその合意形成における医療の新しいコミュニケーションとして関心が高まっている。我が国でも、SDMを志向する患者は増えつつあり、SDMを実践する医療者も少しずつ増えているが、米国、カナダ、オーストラリアなどでは、患者中心の医療の重要な要素として国の政策に取り入れる動きもある。また、患者のSDM参加を促進する補助ツールである Patient Decision Aids (意思決定ガイド) の開発とその効果を検証する研究も多数行われており、意思決定ガイド提供によるエビデンスも蓄積されている (Stacey et al., 2017)。本稿では、SDMを促進する意思決定ガイドの活用について紹介する。

SDMとは、医療者と患者・家族がエビデンスに加え選択肢、ベネフィットとリスクや害、患者の価値観や希望・状況を共有し、医療者と患者家族と一緒に健康に関わる意思決定に参加するプロ

セスと定義される（中山，2017）。SDM は、医師および医療者は医療の専門家であり、患者は自分の人生の専門家であるという対等な関係性を前提としている。SDM が重視される理由には、1) 患者中心の医療やケアの提供、2) 患者の自律性の尊重（知る権利、自己決定の権利の尊重）、3) 患者の健康関連アウトカムの向上の可能性などが挙げられる。

SDM がより重要となるのは、選択肢があり、それぞれベネフィットとリスクがあり、選択し実行したことが、生命、人生に影響する可能性があり、実行後、後戻りできないような場合である。例えば、早期乳がん手術方法には、乳房温存手術（＋放射線療法）と乳房全切除術の2種類があるが、生存率が同等であるもの（乳癌診療ガイドライン，2018）、乳房内再発リスクやがんの取り残しのリスクなどの確率が異なる。また、ボディイメージが変化し精神的影響を受ける患者もおり、これらのリスクや影響をどのように評価するかは、個々の患者によって異なる。そのため、選択肢についてベネフィットだけでなくリスクについて十分に情報を得てよく検討する必要があり、不確実性を伴うリスクが実際に発生した後の後悔をなるべく小さくし手術後の Quality of Life への影響を向上するためにも、患者の意思決定への参加を促し、SDM を実施する必要がある。

意思決定ガイドは、「選択肢に関連した情報と、価値観を明確にする方法を提供し、選択肢の中からよく考え系統的な決定を支援するためにデザインされた介入」と定義されている（Stacey et al., 2017）。提供方法はインターネットやDVD、印刷資料などがあり、医師をはじめとする医療者と選択肢の中から1つを選ぶ際の補助ツールという位置付けではあるものの、SDM を促進するツールとみなされている。

意思決定ガイドには、いくつかの特徴がある。意思決定に関する理論に基づいて構成されていること、選択肢に関する情報として、それぞれのベネフィットやリスク、選んだ結果どのような状況になるかなどについて、バイアスを減らし分かりやすく中立の立場で示していること、ベネフィットやリスクのうちどれを重視したいか生活への影響について検討ができる内容が盛り込まれており、様々な価値基準を提示することによって患者が多角的に吟味することができるように作られていることが挙げられる。

例えば、前述した通り、早期乳がんの術式選択の場合、乳房温存手術（＋放射線療法）と乳房全切除術という術式の違いによる生存率は同等で

ある（乳癌診療ガイドライン，2018）。しかし、双方にベネフィット、リスクがあり、さらに乳房全切除術を受ける場合の乳房再建を行うか行わないかについても、ベネフィットとリスクがあるため、SDM が重要な領域とみなされている。演者が開発した早期乳がんの術式選択のための意思決定ガイド（大坂ら，2014）では、選択肢それぞれの特徴を比較検討できるよう一覧表を作成している。欧米で開発された重症心不全患者の人工補助心臓の選択についての意思決定ガイドでは、エビデンスやリスク情報について、文章、数値、ピクトグラフの3種類で示している（Larry et al., 2020）。意思決定ガイドの国際基準において、エビデンスやリスク情報は2種類以上の表示の仕方が望ましいと示されており、エビデンスやリスクに関する確率について多様な理解の仕方に対応できるように示されている。さらに、意思決定ガイドは、患者の価値観を明らかにする内容も含まれる。早期乳がん術式選択の意思決定ガイドでは、様々な価値基準を検討できるように工夫した。例えば「胸を残すというのはどれぐらい大事ですか？」という問いを立て、「重要ではない」から「重要ではある」まで5段階で、患者が自分で○をつけ重みづけをする。また「あなたにとって、手術方法の違いによる再発リスクの数パーセントの差はどのぐらい大事ですか？」という問いを立て、「重要ではない」から「重要ではある」まで5段階で、患者が自分で○をつけ重みづけをする。このように、価値観をひとつひとつ客観的に検討することは、選択時のトレードオフに役立つ。胸を残すことを重視したい場合は、乳房温存手術（＋放射線療法）が適しているかもしれないが、ほんのわずかでも再発のリスクを下げたい場合は、乳房全切除術が適しており、ベネフィットとリスクについて、十分に吟味し何を最も重視して決めたいのか患者自身の価値観を明確にする手助けとなる。

意思決定ガイドの質を保つため、2003年には意思決定ガイドの研究者らによって、International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration という国際組織が発足し、国際基準が開発された。翻訳された44項目の国際基準（大坂ら，2019）では、適格基準が6項目あり、それらをすべて満たすことが意思決定ガイドの要件となっている（表3）。

表 3. 意思決定ガイドの国際基準 IPDASI (International Patient Decision Aids Standards Instrument) : 適格基準 (6 項目)

	項目	評価
Q1	DA は、決定を必要とする健康状態や健康問題(治療、手術または検査)について記述している。	はい いいえ
Q2	DA は、考慮すべき決定について明確に記述している。	はい いいえ
Q3	DA は、決定のために利用可能な選択肢を記述している。	はい いいえ
Q4	DA はそれぞれの選択肢のポジティブな特徴(利益、長所)を記述している。	はい いいえ
Q5	DA はそれぞれの選択肢のネガティブな特徴(害、副作用、短所)を記述している。	はい いいえ
Q6	DA は、選択肢の結果として経験することがどのようなものか記述している(例. 身体的、心理的、社会的)。	はい いいえ

(Joseph-Williams et al., 2014 を大坂らが翻訳)

DA: Decision Aids

また、系統的に開発することが国際的に推奨されており (Culter et al., 2013)、開発プロセスにおいて患者の協力を得ることも重視されている。開発した早期乳がん術式選択意思決定ガイドの開発プロセスは、図 4 の通りである。

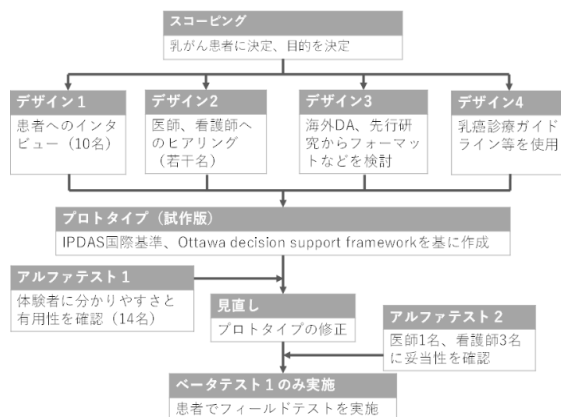


図 4. 早期乳がん術式選択の意思決定ガイド開発過程

まず、試作版作成前に患者へのインタビューを行い、ニーズを把握した上で試作版を作成した。試作版作成後、乳がん体験者に分かりやすさ等の評価や意見を踏まえ修正後、乳がんの手術予定の患者 210 名を対象としてフィールドテストを行った。早期乳がん術式選択の場合は、医師が治療方針について話し合う少し前の段階に提供することにした。これは、患者が治療方針を話し合う前

からすでにインターネット等で情報収集を開始するためである。情報収集時に混乱しないよう少し早めの段階で提供した。他の選択時に提供する意思決定ガイドの場合は、いつ提供するのがよいか、誰から提供するのがよいか異なるため、検討が必要となる。

2) 意思決定ガイド提供による効果や受容性

乳がん手術を予定している患者を対象としたフィールドテストでは、受容性の検討と効果検証を行った。意思決定ガイドに、他の患者の体験談を入れた方がよいのか、入れない方がよいのかも併せて検討するため 2 種類の意思決定ガイドを用意したが、他の患者の体験談を含まないグループの方が「理解しやすい」と回答した割合がほんのわずかに高かった (大坂, 2015)。また、意思決定ガイドを提供するグループと通常ケアのグループでは、プライマリーアウトカムである意思決定の葛藤尺度合計得点が術式決定後は得点の差が小さかったが、手術 1 ヶ月後に測定した場合、通常ケアに比べて意思決定ガイドを提供したグループで、有意に意思決定の葛藤が低減しており、意思決定ガイドに他の患者の体験談を含むグループと含まないグループでは、意思決定の葛藤尺度合計得点にはほぼ変わりがないこともわかった (Osaka et al., 2017)。意思決定ガイド提供の効果に関するシステマティックレビューでは、意思決定ガイドを提供した場合と通常ケアの場合の比較において、意思決定ガイドを提供した場合に、知識が増えたり、意思決定の葛藤が減少したり、より情報を得られたと感じられたり自分の価値観がより明確になるという点において、質の高いエビデンスが示されている (Stacey et al., 2017)。これらのことから、意思決定ガイドを提供することは、患者にとって益となると考える。

3) 意思決定ガイド活用の課題と意思決定ガイド活用を普及するための取り組み

欧米で開発された意思決定ガイドのうち、検証後も何らかの形で活用されているものは 44%であったという報告もある (Stacey et al., 2019)。活用される割合が低い理由として、資金不足や情報が古いまま更新されないこと、医療者が意思決定ガイド活用に同意しないことなどが挙げられている。日本の場合、ヘルスケアシステム上の課題もあるが、質の高い意思決定ガイドがまだほとんど開発されていないこと、意思決定ガイドの認知度が低いこと、そして意思決定ガイドをどのように活用するのかについて医療者教育の機会が少

ないことが普及のバリアとなっていると考える。現在、筆者は、がん患者向けに系統的に開発し、活用できる医療者育成プログラムを開発中である。開発にあたっては、がん以外の他の医療選択の意思決定ガイドの系統的開発と活用ができる医療者育成にも役立てたいと考えている。また、他の研究者と意思決定ガイドの共同開発も行なっている。SDMや意思決定ガイドを活用した支援について今後、臨床現場での導入や定着が課題になってくる。今後も、意思決定ガイドを活用したSDMを普及するための活動を続けていきたい。

4. 患者の視点とタイミングを大切に医療を伝える～「患者さんのために」は伝わらない～

このセクションでは医療現場でのコミュニケーションの実践を考える。「患者さんのために」と思うのは、医療者も患者・家族も同じである。そのために研究で検証された理論や考え方があり、現場で使うためにツールやスキルがある。そして、さらに振り返りや研究が進められ、ツール・スキルの効果が増していく。医療においては、患者・家族と医療者、医療者同士、医療者から社会へと対象は様々である。「患者さんのために」と思うと、医療者が伝えたいことを一生懸命繰り返してしまい、人によって多様な考えがあることを忘れるとか、スキルを使うことに気がまわりがちになる。一方的に相手を思いやるのも、自分を押し殺して単純に「わかります」と言いながら黙って話を聞くだけでもコミュニケーションは成り立たない。医療では、治療を進め、患者を治すまたはできるだけ日常生活が送れるようにするなどの明確な目標がある。その中でコミュニケーションであるため、単純な Personal communication ではなく、目標を遂行するための Organizational communication の要素が強く含まれる。医療ではこれらの視点と手法をミックスしながら進めるコミュニケーション能力が必要になる。

1) メカニズムを頭に入れる

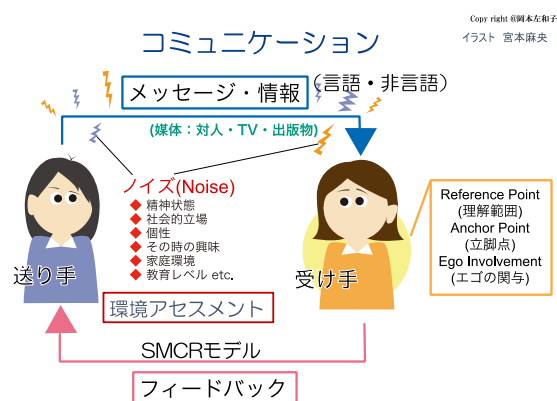
医療コミュニケーション学は、理論や研究結果に基づいた手法から実践での利用と効果までを範囲とする学際分野である。さらに、継続してその効果を確認する調査や研究と並行して、医療現場において相手にメッセージが本当に伝わっているのか、行動変容に影響を与えられるのかを確認しながら進めることまでが視野に入る。

医療現場では、「事実に対して自分の見方だけが絶対ではなく、相手の見方もある」という当たり前のことが、理屈ではわかりながら、多忙な中で

忘れてしまうことが多いのではないだろうか。

今更ながらではあるが、コミュニケーションの実践では、常にコミュニケーションは双方向であることに加え、相手の理解範囲や何に焦点があつてこちらのメッセージに反応を示しているのか、どこで強く感情が振れるのかを念頭に入れておく必要がある (Shanon & Weaver, 1949; Sherif & Sherif, 1967) (図 5)。

図 5. コミュニケーション



2) ノイズの理解

医療者は当然ながら問題解決に焦点があたり、診断がつくと治療に集中するが、患者にとって病は生活と共存するため、判断をする時には生活を基本に考えた上での決断となる。医療者からみてあまり大事に思えないことで、患者が治療を躊躇したり、継続困難になったりするのは視点が異なるからである。理論や理屈だけでは医療現場のコミュニケーションが進まない理由はここにある。Encoding と Decoding に対する課題と言えそうであるが、人の反応は個体差が多く多様であるため、その違いを医療現場でどのように埋めるのが重要になる。

情報の送り手が「これならばわかりやすいであろう」「理解しやすいはずだ」と考えるアプローチは役に立たないことが多い。性差や教育、社会的地位やその時の状況など想像しやすいノイズもあるが、一方、気づきにくいノイズも数多く存在する。例えば、人の情報処理の仕方などに癖があることは、多忙な医療現場では気づきにくい。人が相手の話す内容を理解するには、言語だけで理解できるのは7%程度と言われ、後は非言語(視覚、聴覚、触覚などを使う体感覚)から得られる情報を通して理解するようだ。視覚が強い人は話し方も人の話を理解するのも早い、うっかり勘違いすることも多い。逆に聴覚や体感覚を主に使って情報を理解する傾向がある人は、理解に時間がかかるが、勘違いや一度覚えたことを忘れるこ

とは少ないとされる (Mehrabian, 1971)。

3) タイミング

コミュニケーションの齟齬を補う一つの方法がタイミングである。相手の考えや思考がサポートされてその流れに沿って説明が進むと理解しやすくなる。このタイミングを外すと、それはまたノイズを増やすことになる。あるメッセージに対して、相手がどのような考えや感情を持ち、反応を示すのかは、その相手が持つ経験にそのメッセージがどのように響くのかによる。そして、それを基に表出する反応の仕方はメッセージの送り手が想像する以上に多様である (Patterson et al., 2002) (図 6)。

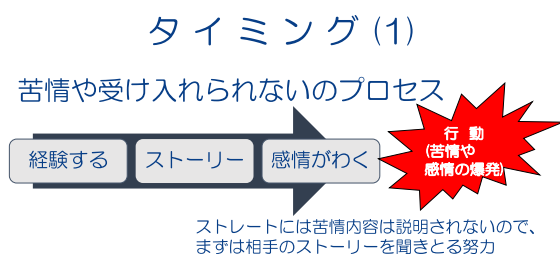


図 6. タイミング (1)

さらに、その反応には、目的を達するための行動や情動記憶などで増幅された感情の影響など、相手に語ってもらうことで理解できるノイズも多く含まれる。送ったメッセージに対する相手のストーリー展開がどのように感情と行動に関係しているかを理解するためには、情報を多く持つ側 (相手が患者であれば、知識や情報、人材などのリソースを多く持つ医療者) から相手に語ってもらうことを促す必要がある。

医療では、診断の深刻さ、服薬や食事制限などの避けられない日常生活での制限や不便さを患者が受容することは治療の一環と見なしているであろう。医療者としては「患者さんのために速やかに治療を」と思うのが当然だが、病を持って医療者の思考テンポについていけない患者や生活の制限から逃げたい気持ちになる患者、診断の重篤度や人と異なる日常を送ることがショックでもあり、受け入れられない患者もいるであろう。

人はメディアで見聞きするようなショックなことが自分に起こると、思考が一時的に機能しなくなり、整理して話を聞き、順序立てて対応できなくなる時期 (Moral Sensitivity)、何が起こったのかを考えようとする時期 (Ontological Shock)、自分の経験を社会へ還元しようとする時期 (Praxis)と

いう順序をへて、ショックな現実を自分に起こったこととして受け入れる (Mullett, S., 1988) (図 7)。医療では重篤な診断がつき、早急に治療が必要な時でも、患者が医師の話を自分に受け入れやすいようにニュアンスを変えて理解するとか、生活や行動変容にすぐ結びつかないのは、混乱している時に詳細を伝えられることで正確に医療者の説明が聞けていないことも一つの原因である。相手が受け入れられる状態に合わせた説明内容や情報量から始める必要があり、伝わらない時は「待つ」ことも大切である。

タイミング (2)

イベントに遭遇した方の心の変化



図 7. タイミング (2)

特に、医療事故の場合は、情報の開示、真実の説明、適切な謝罪、今後の対策を伝えることが基本的な対応とされているが、医療者はこれらを Moral Sensitivity の段階で伝える傾向がある。論理的に考えられない上、極めてわずかし記憶に残らないので、「医療者側にしたら何度説明しても理解してもらえない」と思い、疲弊につながり易い。相手にタイミングを合わせながら対応できることが医療者の負担を軽減し、患者にとっても分かり易い (Okamoto, et al., 2011)。

4) 患者に語ってもらうには

医療コミュニケーションでは、情報の送り手と受け手双方にかかる多様なノイズを克服し、タイミングを外さずに話を進めるために、最初の一步は「相手 (特に患者) に語ってもらえるか」である。行動科学的な知識を持つことは助けになるが、心理学者やカウンセラーになるのではない。医療現場での同僚同士や患者・家族、一般市民に向けて、医療者からメッセージが適切に発することができ、患者に治療を適切に、タイムリーに実践するという目的のためには、患者・家族の話を目的もなく聞くだけでは医療コミュニケーションは実践できない。

また、患者にも理解する努力は必要であるが、語らない患者に学ぶことを期待しても、成果につながっていくとは考えにくい。診断が理解できな

い、どのように考えて病を受け入れたらいいのか分からない、治療に前向きになれない、一方で不必要に怖がりすぎ、インターネットからの情報に左右されるといった患者に、学ぶことを期待するのは難しい。

相手が語ることができるように促す行動としては、質問をする、黙って聞く、否定しない、共感を示す、聞き返す、意味の明確化、自分の解釈を伝える、自分の感想や提案を述べるなどの適切なスキルを駆使し、ツールを活用することである。その結果、相手が大切に思っているところに立脚して、理解できる範囲で、強く振れる感情を大切にしながら、相手にわかるように説明できれば、その過程を経る中で相手の信頼を得られる可能性は高くなる。また、聞かれたことに応えよう、説明しようとするうちに患者自身についても内省が始まる。与える情報について、生活や病への思いなどの内省の過程で患者の主体性を引き出すことが期待できる。

多くの患者に対してはこれらの努力は不必要かもしれない。しかし、医療コミュニケーションの上達は、話さない、または治療に前向きにならない患者への日々の対応で医療者が疲弊することを予防し、医療者をサポートすることにもつながるとされる (Feldman, et al., 2008)。

5. シンポジウムにおける議論

コミュニケーションは、しばしばキャッチボールに例えられる。キャッチボールをするためには、まずは相手が誰なのか (たとえば、子どもなのか、女性なのか、野球選手なのか)、どうやってボールを受けようとしているのか (たとえば、素手なのかグローブなのか、座って受けているのか立って受けているのか) などを確認し、そこに合わせてボールを投げる必要がある。そのように考えると、第2節で議論されているのは、受け止めやすい球を投げること、第4節は、受け手の状況を考えることの重要性であることとらえることができる。また第3節では、キャッチボールが難しい時には、ただボールを投げる以外の補助ツールが必要な場面もあること、それが協働のための基盤づくりにつながることを指摘されている。

これらを通じて見えてくるのは、とりわけ日本の医療におけるコミュニケーション教育の中で伝統的に見られた、医療者が真心をもって患者に接すれば通じるという精神論だけでは、必ずしも十分な結果が保証されないという限界への気づきである。そのような医療者側の態度の重要性は前提としつつも、具体的な患者との協働のために

は、患者とのコミュニケーションを図り、意思決定を共有していくための新たなスキルやツール、考え方を身につけていくことが必要とされるようになってきている。そうしたスキルやツールは、これまで多くの医療コミュニケーション研究によって開発され、その効果も実証されてきている。

一方で、「やさしい日本語」に関する報告において強調されたように、こうしたスキルやツールは、それが使用される文脈 (コンテキスト) と切り離して考えることはできない。コミュニケーションにおいて、どのようなスキルもツールも、その効果は使用する側の意図、受け止める側の解釈によって変わってくる。たとえば、Shared Decision Making のための「意思決定ガイド」も単に配布し、使用すればいいのではなく、何を達成するためにそれを使用するのかを意識することは重要である。コミュニケーションを円滑にするための知識やスキルとともに、多様な立場にある患者や市民の視点を理解しようとする視点を医療者教育の中に取り込んでいくこと、医療現場において社会的弱者を支え、エンパワーしていくための仕組みを構築していくことは、今後の重要な課題であると考えられる。

6. 結語

医療における患者参加、患者や市民の主体化が強調される一方で、主体的に情報を集め、医療者と上手にコミュニケーションを図り、自分や周囲の健康を維持向上させるために利用できる人と、そうではない人の差が拡大し、そのまま健康の格差につながることも懸念される。患者・市民のヘルスリテラシー向上に向けた取り組みなど、主体的に参加できるよう患者・市民側をエンパワーしていくような教育の機会を充実させることが重要であるとともに、そのような参加ができてくれない人でも大丈夫な仕組みづくり、うまく参加させることができる保健医療者を育成していくことも同様に重要である。

本稿で紹介した取り組み以外にも、類似の、あるいは別の角度からの同様の趣旨の取り組みは日本においてもさまざまに行われている。そのような取り組みをつなげて、日本の臨床現場、保健医療制度、社会文化の中に根付かせていくことが必要である。ヘルスコミュニケーションの研究は、理論に基づいたスキルやツール、教育プログラムの開発はもちろん、それらが現場で活用され根付いていくよう、その効果や実用性を示す実証的根拠の蓄積に貢献していくことが期待される。研究資金

JSPS 科研費 17K19792 (研究代表者:石川ひろの)
JSPS 科研費 18H03030 (研究代表者:武田裕子)

利益相反自己申告

開示すべき利益相反はない。

引用文献

Coulter A., Stilwell D., Kryworuchko J., et al. (2013). A systematic development process for patient decision aids. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013;13 Suppl 2(Suppl 2):S2.

Feldman, M. D., Phil, M., & Christensen, J. F. (2008). *Behavioral Medicine: A Guide for Clinical Practice* (3rd Ed.). NY: McGraw-Hill.

Joseph-Williams N, Newcombe R, Politi M, et al. (2014). Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process. *Medical Decision Making*. 2014 34(6):699-710.

Larry A. Allen, Daniel D. Matlock, Jocelyn S. Thompson, et al. (2020). A decision aid for Left Ventricular Assist Device (LVAD). A device for patients with advanced heart failure. Retrieved from <https://patientdecisionaid.org/wp-content/uploads/2020/10/Lvad-pamphlet-9.29.20-QR-code-V1.pdf>

Mehrabian, A. (1971). *Silent messages*. Belmont, CA: Wadsworth.

Mullett, S. (1988). Shifting perspectives, a new approach to ethics. In L. Code, S. Mullett, & C. Overall (Eds.) *Feminist perspectives; Philosophical essays on method and morals*. (pp. 109-26) Toronto: Univ. of Toronto Press.

Osaka W, Nakayama K. (2017). Effect of a decision aid with patient narratives in reducing decisional conflict in choice for surgery among early-stage breast cancer patients: A three-arm randomized controlled trial. *Patient Educ. Couns.* 100(3) 550 – 562.

Patterson, K., Grenney, J., McMillan, R. & Switzler, A. (2002). *Crucial Conversations: Tools for talking when stakes are high*. NY: McGraw-Hill.

Shanon, C. E. & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.

Sherif, M. & Sherif, C. (1967). *Attitude, ego involvement and change*. New York; Wiley.

Stacey D, Samant R, Bennett C : Decision making in oncology : a review of patient decision aids to support patient participation, *CA Cancer J Clin*,

2008 ; 58 : 293-304. DOI : 10.3322/CA.2008.0006

Stacey, D., Legare, F., Lewis K., et al. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.

Stacey D., Suwalska V., Boland L., et al. (2019). Are Patient Decision Aids Used in Clinical Practice after Rigorous Evaluation? A Survey of Trial Authors. *Med Decis Making* ; 39(7): 805-815.

Okamoto, S., Kawahara, K., & Algren, M. (2011) Transformative possibilities of communication in medical error cases in Japan. *Intl J Quality in Health Care*, 23(1), 26-35.

大坂和可子 (2015) .体験者のナラティブを活用した意思決定ガイドの効果: 早期乳がん患者の術式選択における意思決定の葛藤に関するランダム化比較試験. 聖路加国際大学博士論文.

大坂和可子, 中山和弘 (2014) . 自分らしく“決める”ガイド 乳がんを診断された患者さんが乳がんの手術方法を納得して決めるために. Retrieved from

https://www.healthliteracy.jp/pdf/decisionaid_breastcancer_wo_narrative.pdf

中山和弘. 健康を決める力 “ヘルスリテラシーを身につける” Retrieved from <http://www.healthliteracy.jp/>

中山健夫編著 (2017). *これから始める！シェアード・ディジションメイキング 新しい医療のコミュニケーション*. 日本医事新報社.

日本乳癌学会 (2018). *乳癌診療ガイドライン 2018 年版*, 金原出版. Retrieved from <http://jbcg.jp/guideline/2018/>

***責任著者 Corresponding author : 石川ひろの
e-mail hirono-tky@umin.ac.jp**

